Tumeurs du revêtement épithélial de l'ovaire Q 151

Extension péritonéale Métrorragies, Echographie, CA 125, Laparotomie + Prélèvements, Exérèse complète + Chimio

Anatomie pathologique

- **Les tumeurs de l'ovaire sont très fréquentes et bénignes dans 90 % des cas.**
- CLASSIFICATION
  - **Selon le type cellulaire :** Les tumeurs du revêtement épithélial de l'ovaire sont classées en huit catégories (les autres tumeurs ne font pas partie du programme).
    - **Tumeurs séreuses** (90 %) : prolifération de cellules rappelant l'épithélium tubaire
      - Bénigne (70%) : cystadénome séreux[Q] ou kyste séreux
      - Maligne : cystadénocarcinome séreux[Q]
    - **Mucineuses :** Prolifération de cellules mucosécrétantes
      - Bénigne : cystadénome mucineux ou kyste mucineux[Q]
      - Maligne : cystadénocarcinome mucineux
    - **Tumeurs endométrioïdes** : Moins fqte, caractéristique histo de forme typique de tumeurs de l'endomètre
      - Bénigne : Kyste endométrial bénin
      - Maligne : Adénocarcinome endométroïde (cancer de la femme agée)
    - **Tumeurs à cellules claires** :
      - qui sont pour la majorité d'entre elles malignes => adénocarcinome à cellules claires[Q](5% K de l'ovaire)
      - Ensemble des tumeurs dt les cellules ont un cytoplasme clair et un noyau faisant saillie ds la lumière des structures glandulaires.
    - **Tumeur de Brenner**[Q] : très rares
      - Développé au dépens d'un follicule de De Graaf => prolifération bénigne[Q]
    - **Tumeurs mixtes épithéliales**
      - Ensemble des tumeurs bénignes à la limite de la malignité ou malignes renfermant au moins 2 des 5 types précédents
    - **Carcinomes indifférenciés**
      - Ensembles des tumeurs du revêtement épithélial trop peu différenciées pr pouvoir les classer.
  - **Selon le degré de malignité : tumeurs**
    - Bénignes
    - Malignes[Q]
    - Borderline[Q] (absence d'invasion du stroma) : greffe péritonéale possible[Q]
  - **Selon le degré de différenciation cellulaire**
    - Grade 1 tumeur maligne bien différenciée
    - Grade 2 moyennement
    - Grade 3 peu différenciée
- MODES D'EXTENSION
  - Mode principal est **par voie péritonéal**e surtt (de proche en proche) et **lymphatique**
    - **Lymphatique rétropéritonéale**[Q] surtt : par les ggl lombo-aortiques ou par relais iliaque externe
    - Lymphatique **transdiaphragmatique** st également possibles (Adp sus claviculaire, médiastinale)
  - **Métastase par voie hématogéne** (poumons/plèvre, foie) sont rares et tardives.
  - **Adénocarcinomes longtemps confinés dans la cavité abdo avec métastases à distances tardives.**

Diagnostic

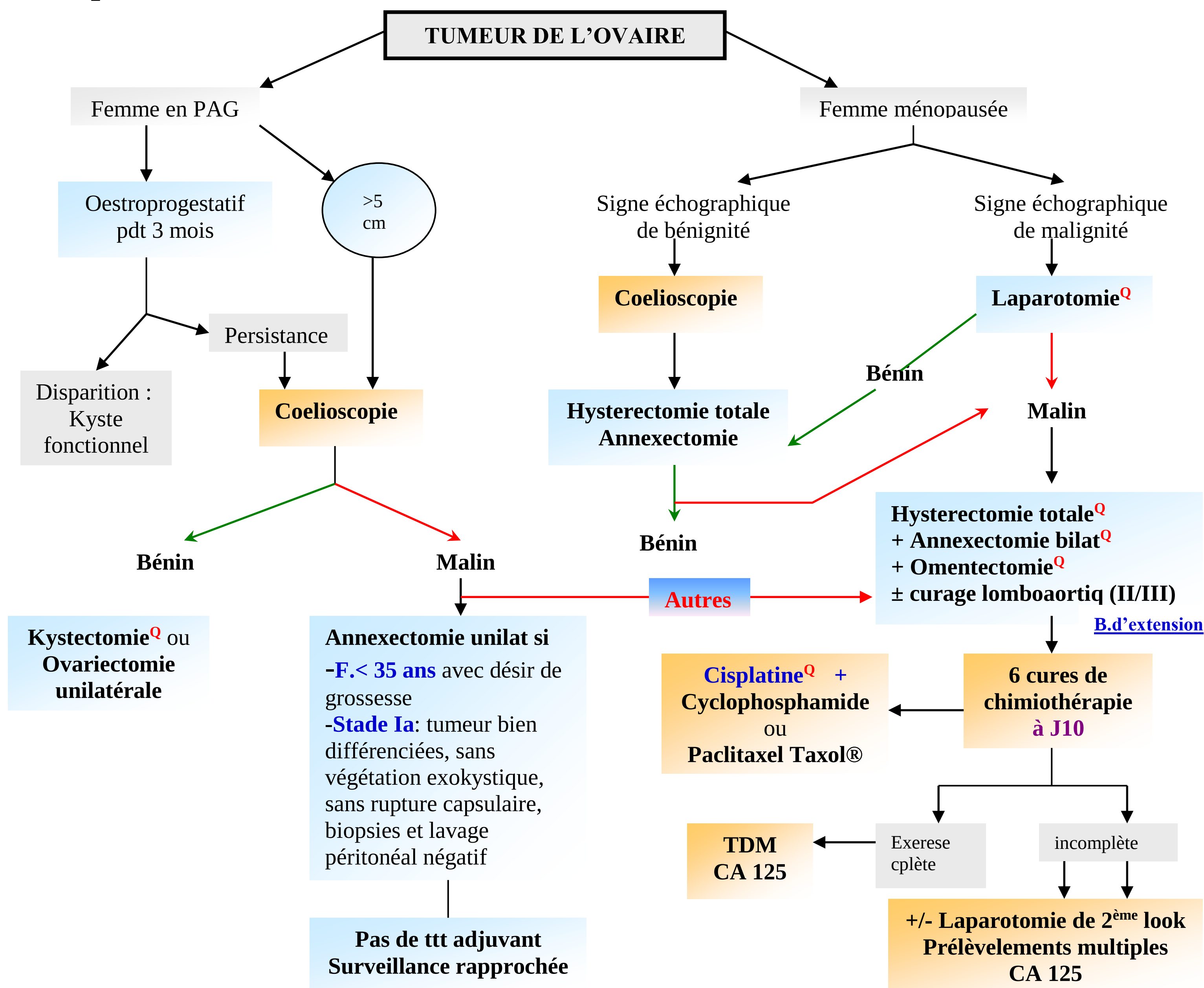
- TERRAIN
  - Femme agée entre **40 et 70 ans** présentant ou non certains facteurs de risque rares tels que :
    - Forme familiale : assoc K du **sein** (BRCA1), Sd de **Lynch** II (HNPCC), K de **l'ovaire** (peu de cas)
    - Notion de prise de ttt hormonal **inducteur d'ovulation** pr traiter une infertilité
    - ± Nulliparité / infertilité (prise de contraceptif oraux est un facteur protecteur[Q])
- SIGNES REVELATEURS :
  - Modification du volume abdominal (ascite ou tumeur) est le signe le + svt révélateur[Q]
  - Gêne, pesanteur, ou algies pelvienne, Trouble des règles (ménométrorragies ou aménorrhées)
  - Rarement AEG, une adénopathie, un épanchement pleural
  - Signes de compression vésicale, veineuse ou rectale
  - Découverte fortuite (le plus souvent par l'échographie ou examen gynéco).
- **Majorité des tumeurs diagnostiquées à un stade évolué**

- **EXAMEN CLINIQUE**
  - **Examen gynéco** (spéculum, TV/TR avec palpation combinée de l'abdomen)
    - Masse latéro-utérine indolore, indépendante de l'utérus (sillon) et mobile (T. bénigne) ou une masse dure, fixée, irrégulière mal individualisable de l'utérus (T.maligne)
    - Granulations péritonéales du Douglas évocatrice d'une carcinose péritonéale = « blindage du douglas »
  - **Examen abdominal**
    - Rechercher une ascite (Palpation et percussion : matité déclive, mesure du périmètre ombilical PO)
    - Autres : palpation d'une tumeur pelvienne, hépatomégalie métastatique
  - **Examen général**
    - Rechercher une adénopathie susclaviculaire ou inguinale, une AEG (poids, taille)

- **EXAMENS PARACLINIQUES**
  - **Recherche d'une grossesse** (béta-HCG plasmatiques).
  - **Echo abdominopelvienne : examen clé du diagnostic**[Q]
    - Par voie **suspubienne et endovaginale**
    - Confirme l'origine ovarienne de la tumeur
    - Volume et aspect (contenu liquide/solide/mixte...)
      - Anéchogène[Q] liquidienne avec limites régulières, avec cloisons fines => TB : kyste mucineux[Q] ou séreux[Q]. S'il existe une trame échogène, l'aspect sera évocateur d'une endométriose[Q]
      - Anéchogène liquidienne[Q] avec limites ± régulières et présence de bourgeons endo[Q] ou exokystiques (argument non formel[Q]) si liquidien, taille > 5 cm, découverte après la ménopause[Q] => évocateur de malignité
      - Echostructure solide : cancer ou fibrome
      - Si mixte[Q] : solide et liquide => evoque un kyste dermoide[Q] surtt chez la femme jeune[Q]
    - Apprécie l'extension, rechercher une lame d'ascite et de métastases hépatiques
  - **ASP**
    - Présence de calcifications évocatrices d'un **kyste dermoïde**[Q]
  - **TDM abdominopelvien => préférer largement l'IRM pelvienne**
    - **Carcinose péritonéale et ADP** lombo aortiques
  - **CA 125**[Q] et **ACE (+/- alpha FP, B HCG)**
    - Non spécifiq mais utile pr suivre **l'évolut° des tumeurs** non mucineuses = séreux (CA 125) et mucineuses (ACE)
    - Pas d'intérêt ds le dépistage du cancer de l'ovaire
    - Nbx Faux positifs (pr le CA 125 : endométriose, grossesse, hépatite, cirrhose, K de l'endomètre, du col / du sein)
  - **Bilan d'extension**
    - Bilan hépatique + écho hépatique
    - Rx thorax
    - Parfois UIV
    - Scinti os et TDM cérébral selon les pts d'appel clinique
  - **Bilan préopératoire**
  - **Coelioscopie ou laparotomie à visée diagnostique voire thérapeutique**
    - Diagnostique : ponction-biopsie avec examen anatomopathologique
    - Thérapeutique : Kystectomie, …
    - La laparotomie exploratrice est le meilleur examen[Q] pr assurer un bilan d'extension locorégional

- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**
  - **Tumeurs gynécologiques non ovariennes**
  - **Autres tumeurs pelviennes** (péritonéales, digestives)
  - **Kyste fonctionnel ovarien** (lié à dysfonctionnement du cycle, involue spontanément[Q] en 3 mois)
    - Chez une femme en periode d'activité génitale, faire un ttt d'épreuve par oestroprogestatif pdt 3 mois et contrôler sa régression échographique (anéchogène pur[Q])
  - **Tumeurs épithéliales bénignes de l'ovaire** : Kyste séreux, Kyste muqueux
  - **Tumeurs non épithéliales de l'ovaire** (bénignes ou malignes) :
    - Tumeurs germinales : séminomes, dysgerminomes[Q], dysembryomes matures (***tératome mature : Kyste dermoïde***[Q]) ou immatures (Tumeur du sinus endodermique). ce ne st pas les + fréquentes[Q]
    - Tumeurs mésenchymateuses ou endocriniennes symptomatologie spécifique endocrinienne si sécrétant
      - Thécum et tumeur de la granulosa
      - Arrhénomes et arrhénoblastomes[Q] leydigiens/sertoliniens : tumeurs sécrétant des hormones males[Q]

Principes du traitement



Classification de la FIGO

- **Stade I Tumeur limitée aux ovaires** (**15 %** au diagnostic)
  - Ia : 1 seul ovaire sans ascite, capsule interne intact
  - Ib : 2 ovaires sans ascite, capsule interne intact
  - Ic : 1 ou 2 ovaires avec tumeur en surface ou rupture capsulaire ou cyto + ds ascite ou lavage
- **Stade II Atteinte d'un ou des 2 ovaires avec extension pelvienne (10%)**
- **Stade III Tumeur uni /bilat avec extension péritonéale en dhs du pelvis** et/ou **ADP rétropéritonéales/inguinales** (**70 %** au diagnostic)
- **Stade IV Métastase à distance (5%)**

TNM	FIGO	
T1	**I**	**Tumeur limitée aux ovaires**
T1a	IA	Tumeur limitée à 1 seul ovaire avec capsule intacte
T1b	IB	Tumeur des 2 ovaires, capsule intacte
T1c	IC	Rupture capsulaire ou Tumeur à la surface ovarienne ou Cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
T2	**II**	**Tumeur ovarienne étendue au pelvis**
T2a	IIA	Extension à l'utérus et/ou aux trompes
T2b	IIB	Extension aux autres organes pelviens
T2c	IIC	Extension pelvienne avec cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
T3 et/ou N1	**III**	**Métastases péritonéales au delà du pelvis et/ou adénopathies métastatiques régionales**
T3a	IIIA	Métastases péritonéales microscopiques
T3b	IIIB	Métastases macroscopiques < à 2 cm
T3c	IIIC	Métastases macroscopiques > à 2 cm et/ou adénopathies métastatiques régionales
M1	**IV**	**Métastases à distance autres que les métastases péritonéales**

- **LAPAROTOMIE S'IMPOSE DES LE MOINDRE DOUTE DE MALIGNITE**
  - Voie médiane **sous-ombilicale** et sus-ombilicale en général
  - Diagnostic histologique exact
  - Bilan d'extension précis
  - Lavage péritonéal, prélévement d'ascite, biopsies péritonéales, biopsies systématiques du **foie, coupoles diaphragmatiques, gouttières pariéto-coliques.**
  - Pronostic : Exérése tumorale la + complète possible (**hystérectomie totale + annexectomie bilatérale + omentectomie + appendicectomie** au minimum) + curage **ilio-obturateur bilat et lombo-aortique**.
- **CHIRURGIE CONSERVATRICE EXCEPTIONNELLE (annexectomie unilatérale)**
  - Si femme jeune, désireuse de maternité, tumeur unilatérale, bien différenciée, encapsulée, stade I. On réalise cpdt des biopsies de l'ovaire controlatérale.
- **CHIMIOTHERAPIE débutée à J10 post laparotomie**
  - polychimiothérapie à base de taxol + sels de platine[Q] **ou** sels de platine + cyclophosphamide
  - cures toutes les 3 4 semaines pendant 6 mois
  - Elle est d'autant plus efficace que le résidu tumoral après la chirurgie est faible.[Q]

- **Chirurgie de 2e look avec prélévements biopsiques multiples (actuellement, ne se fait plus en systématique)**
- **+/- Chimiothérapie intrapéritonéale ou radiothérapie externe en cas de persistance de lésions de faible diamétre**

Evolution

- **Le cancer de l'ovaire reste un cancer de mauvais pronostic du fait de son diagnostic tardif (organe profond).**
- **Evolution lente et progressive avec AEG**
- **Pronostic dépend : Volume tumoral initial[Q], FIGO[Q], type histo[Q], grade histo[Q], âge, état général, volume tumoral résiduel après 1[ière] laparo [Q]**
  - Stade I : 60 % à 5 ans
  - Stade II : 40 %
  - Stade III : 15 %
  - Stade IV : 5%

- **FORMES COMPLIQUEES**
  - **Complications aigues**
    - **Torsion** (surtt kystes dermoides[Q] car ils st lourds et pédiculés) => tableau d'abdomen chirugical aigu
    - **Hémorragie** (surtt intrakystique, parfois un hémopéritoine)
    - **Rupture** : Possible tableau de péritonite. En cas de rupture d'un cystadénome surtt ou cystadénocarcinome ***mucineux*** ds lé péritoine : Mie gelatineuse du péritoine[Q] (Q 077)
    - **Infection** : rare
    - **Complications obstétricales**
      - Tumeur ovarienne => cause d'infertilité, de FCS, de prématurité, de placenta praevia
      - Grossesse => pas d'inflence sur la croissance d'un kyste mais favorise les complications aigues
      - La disparition d'un kyste diagnostiqué en début de grossesse avant le 3[ième] mois est en faveur d'un kyste du corps jaune, si persistance au delà => en faveur d'un kyste organique => chir explo
  - **Complications chroniques**
    - **Compression des organes de voisinage** (Evoquent surtt TM mais possible ds kystes bénins volumineux)
      - Uretère : Urétéro-hydronéphrose
      - Vessie : Dysurie, pollakiurie, rétention
      - Rectum : épreintes, ténesmes
      - Vx : Accidents thrombo-emboliques
    - **Dégénérescence maligne concernant plus volontiers les tumeurs border-line mais posible également pr les tumeurs bégnines comme les cystadénomes.** Ce st les cystédénomes séreux[Q] qui ont le potentiel de malignité le + impt[Q]. Les kystes dermoïdes peuvent aussi dégénerer[Q ?]

Nb :

Tumeur ovarienne dite de **Krükenberg** est une métastase d'un cancer gastrique[Q]
Sd de **Desmond Meigs** : TB solide ovarienne + pleurésie + ascite transsudatif

- **SURVEILLANCE**
  - examen clinique : 1 fois/4 mois pendant 2 ans, 1 fois/6 mois après
  - CA 125 : 1 fois/4 mois pendant 2 ans
  - imagerie en fonction des résultats du CA 125 ou des signes cliniques

Source : Fiche RDP, Cours Fac, Medifac,RDP CD, QCM Intest 2000